

Jaana Hakola, Henriikka Hippi & Sanna Peltokoski

**Painehaavariskin tunnistaminen ja
painehaavapatjan tarpeen arviointi Seinäjoen
kotihoitossa**

Opinnäytetyö

Kevät 2018

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidtaja (AMK)

Tekijät: Jaana Hakola, Henriikka Hippi & Sanna Peltokoski

Työn nimi: Painehaavariskin tunnistaminen ja painehaavapatjan tarpeen arviointi Seinäjoen kotihoidossa

Ohjaajat: Marjut Asunmaa, TtM, lehtori & Asta Heikkilä, TtT, yliopettaja

Vuosi: 2018

Sivumäärä: 41

Liitteiden lukumäärä: 4

Painehaava syntyy alueelle, jossa luu painaa ihoa ja estää sen normaalin verenkierron. Painehaavariskin arviointiin on kehitetty useita mittareita. Painehaavariskin arviointeja tehdään, että osattaisiin tunnistaa ne potilaat, jotka tarvitsevat toimenpiteitä painehaavojen ehkäisemiseksi. Painehaavojen esiintyvyys vaihtelee potilasryhmittäin. Painehaavoja esiintyy kotihoidossa 2,2–23,9 %:lla ja tehostetussa kotihoidossa 22,5 %:lla potilaista.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Seinäjoen kotihoidon sairaan- ja terveydenhoitajien näkökulmasta painehaavariskin arviointia ja painehaavapatjan tarpeen arviointia Seinäjoen kotihoidon alueilla. Tavoitteena oli tuottaa tietoa terveydenhuollon ammattilaisille painehaavojen ennaltaehkäisystä, riskinarvioinnista sekä painehaavapatjan hankinnasta.

Sähköisen kyselyn avoimien kysymysten vastaukset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Kyselyn monivalintakysymykset analysoitiin pienen aineiston vuoksi manuaalisesti laskemalla frekvenssit ja prosenttiosuudet.

Kyselyn tuloksista selviää, että painehaavariskin arviointi Seinäjoen kotihoidossa perustuu suurimmaksi osaksi hoitohenkilökunnan omaan arvioon. Painehaavapatjan tarpeenarviointi perustuu enimmäkseen konsultaatioon. Tulosten perusteella kotihoidossa työskentelevät sairaan- ja terveydenhoitajat haluaisivat lisää tietoa painehaavan synnystä, ehkäisystä sekä painehaavariskin arvioinnista.

Tuotoksena tehtiin opaslehtinen kotihoidon henkilökunnan käyttöön. Opaslehtisen sisältö koottiin kyselyn tuloksista ja kirjallisuudesta deduktiivista sisällön analyysiä soveltaen. Kirjallisuuden haussa tietokantoina käytettiin Medic, Cinahl, Melinda, SeAMK Finna, Terveysportti ja Aleksi tietokantoja.

Opaslehtisen julkaisun jälkeen voitaisiin tutkia, onko opaslehtinen otettu käyttöön ja onko opaslehtinen koettu tarpeelliseksi sekä toimivaksi painehaavan riskin arvioinnissa. Lisäksi voisi selvittää, osaako Seinäjoen kotihoidon henkilökunta käyttää Braden riskiluokitusmittaria ja tehdä sen avulla painehaavariskin arviointia.

Avainsanat: painehaava, painehaavariski, painehaavapatja, kotihoito, tarpeen arviointi, ennaltaehkäisy

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Nursing

Author/s: Jaana Hakola, Henriikka Hippi & Sanna Peltokoski

Title of thesis: Identification of pressure ulcer risk and assessment of the pressure wound in Seinäjoki home care

Supervisors: Marjut Asunmaa, MNSc, Lecturer & Asta Heikkilä, PhD, Principal lecturer

Year: 2018

Number of pages: 41

Number of appendices: 4

A pressure ulcer is created in the area where bone presses the skin and prevents its normal blood circulation. Several instruments have been developed for the assessment of pressure vessel risk. Pressure-aid assessments are made to identify those patients who need measures to prevent pressure pain. The prevalence of pressure ulcers varies by patient group. Pressure ulcers occur in home care with 2.2-23.9% and in effected home care in 22.5% of patients.

The purpose of the thesis was to find out the assessment of pressure risk in the Seinäjoki home care nursing and health nursing staff and assess the need for a pain wound in Seinäjoki's home care areas. The aim was to provide information to the health care professionals about the prevention of pressure injuries, risk assessment and the purchase of a pressure wound mattress.

The answers to the open question on the electronic questionnaire were analyzed by inductive content analysis. Multiple choice questions were analyzed for small material manually by counting the frequencies and percentages.

The results of the survey show that the assessment of pressure risk in Seinäjoki's home care is largely based on the nursing staff's own assessment. The need assessment of a pressure wound mattress is mostly based on consultation. Based on the results, the nurses and nurses working in home care would like to know more about the onset of pain, the prevention, and the assessment of pressure severity.

As a result, a guide leaflet was provided to the home care staff. The leaflet content was compiled from the results of the survey and from the literature using deductive content analysis. In the literature search, Medic, Cinahl, Melinda, SeAMK Finna, Health Portal and Aleksi databases were used as databases.

After the leaflet was published, it could be investigated whether the guide leaflet was introduced and whether the leaflet was deemed necessary and effective in assessing the risk of pressure injury. In addition, it would be possible to ascertain

Keywords: pressure ulcer, pressure ulcer risk, decubitus mattress, home care, evaluation of needs, prevention

whether Seinäjoki's home care staff uses Braden's risk assessment tool to evaluate the pressure risk.

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ	5
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluettelo	7
1 JOHDANTO	8
2 PAINEHAAVAT JA NIIDEN EHKÄISY	10
2.1 Painehaavan syntyyn vaikuttavat tekijät.....	10
2.2 Painehaavapotilaan tutkiminen ja painehaavan luokittelu	11
2.3 Painehaavariskin arviointi ja riskimittari.....	12
2.4 Painehaavan ennaltaehkäisy ja asentohoidon merkitys	14
2.5 Painehaavapatja osana painehaavan ennaltaehkäisyä ja hoitoa	16
2.6 Kotihoito ja apuvälineiden järjestämisvastuu	19
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	22
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	23
4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö.....	23
4.2 Tiedonhaku	24
4.3 Aineiston keruu	24
4.4 Aineiston analyysi	26
4.5 Opaslehtisen tuottaminen	27
5 TULOKSET	29
5.1 Painehaavariskin ja painehaavapatjan tarpeen arviointi Seinäjoen kotihoitossa	29
5.2 Seinäjoen kotihoiton sairaan- ja terveydenhoitajien toiveet opaslehtisen sisällöstä	31
5.3 Painehaavapatjan hankinta ja yhteistyökumppanit.....	32
6 POHDINTA	33
6.1 Tulosten tarkastelu	33
6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	35
6.3 Opinnäytetyö prosessina.....	36
6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	37

LÄHTEET	38
LIITTEET	

Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuva 1. Yleisimmät painehaavojen esiintymispaikat.....	10
Kuva 2. 30 asteen kulma makuuasennossa.	15
Kuva 3. Tyynyillä tuettu makuuasento.	16
Taulukko 1. Painehaavapatjan luokittelu Braden riskimittarin mukaan.	19
Taulukko 2. Painehaavariskin arviointi Seinäjoen kotihoidossa.	29
Taulukko 3. Painehaavapatjan tarpeenarviointi Seinäjoen kotihoidossa.....	30
Taulukko 4. Opaslehtisen hyödyllisyys.	31
Taulukko 5. Painehaavapatjan hankinnan toimintaohje tällä hetkellä.	32

1 JOHDANTO

Tulevaisuudessa väestön ikääntyessä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarve tulee lisääntymään erityisesti kotihoidossa. Palvelurakenne on muuttumassa avopainotteiseksi. (Tekes 2014, 1.) Säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli vuoden 2015 marraskuussa 73 278, joista naisia 66 %. 75 vuotta täyttäneistä säännöllistä kotihoitoa tarvitsivat noin 12 %. Viime vuosien aikana määrä on pysynyt ennallaan. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016, 1.)

Sosiaalihuoltolaki velvoittaa kunnan järjestämään tarvittaessa kartoituskäynnin asiakkaan kotiin apuvälineiden tarpeen kartoittamiseksi. Kartoituksen suorittavat kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Kartoituksessa selvitetään, onko tarvetta muun muassa apuvälineisiin, kotihoitoon tai tukipalveluihin. (Väli-Suomen Ikäkaste – Äldre-kaste II 2011–2013, 1.) Kotihoidon työntekijät arvioivat apuvälinetarvetta sekä tarkkailevat jo käytössä olevan apuvälineen soveltuvuutta (Ikonen 2015, 124–125). Parhaillaan valmisteilla on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu-uudistus ja maakuntauudistus, jonka on tarkoitus astua voimaan 1.1.2020. Sen jälkeen sosiaali- ja terveystalouden järjestäminen siirtyy uusien maakuntien vastuulle. (Sote- ja maakuntauudistus, [viitattu 15.12.2017].)

Painehaavan riski kasvaa liikuntakyvyn rajoittuessa tai akuutissa sairaustapauksessa hyvin nopeasti (Soppi 2014, 30–38). Sopin (2010) mukaan painehaavoja esiintyy kotihoidossa 2,2–23,9 %:lla asiakkaista. Oikein käytettynä sekä yhdistettynä asentohoitoon painehaavapatjat ehkäisevät painehaavojen syntymistä (Lepistö, Vihermäki & Peltonen 2010, 3705–3710). Painehaavan ehkäisyyn on tarjolla passiivisia ja aktiivisia erikoispatjoja, patjanpäällisiä sekä istuinalustoja. Patjan valintaan vaikuttavat monet tekijät. Potilaan painehaavariskin perusteella päätetään, otetaanko käyttöön korkean vai matalan riskin patja. (Juutilainen & Hietanen 2012, 320–321.)

Painehaavoista aiheutuu terveydenhuoltojärjestelmälle merkittäviä kustannuksia. On arvioitu, että suorat kustannukset ovat n. 400 miljoonaa euroa vuodessa ja kokonaiskustannukset voivat ylittää jopa miljardi euroa vuodessa. Painehaava on ehkäistävissä ja painehaavan riski tulee tiedostaa terveydenhuollossa. Painehaa-

voja esiintyy kaikkialla maailmassa, ja niiden määrä kasvaa noin yhdellä prosentilla vuodessa. Suomessa on arvioitu, että noin yhdellä prosentilla aikuisista on jonkinasteinen painehaava. (Soppi & Iivanainen 2013, 12.)

Oma kiinnostus aiheeseen nousi aiemman koulutuksen ja työelämän tuoman kokemuksen kautta. Päivittäisessä hoitotyössä asentohoidon merkitys kasvaa suureksi painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Tietoisuus painehaavojen todellisesta esiintyvyydestä on puutteellista terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa (Juutilainen & Hietanen 2012, 301). Painehaavapatjat ja muut painehaavan ehkäisyssä käytettävät apuvälineet ovat osana kehittynyttä potilaan hoitoa. Painehaavojen ehkäisyyn käytettävät apuvälineet eivät poista asentohoidon merkitystä hoitotyössä. (Soppi & Ahtiala 2012, 63).

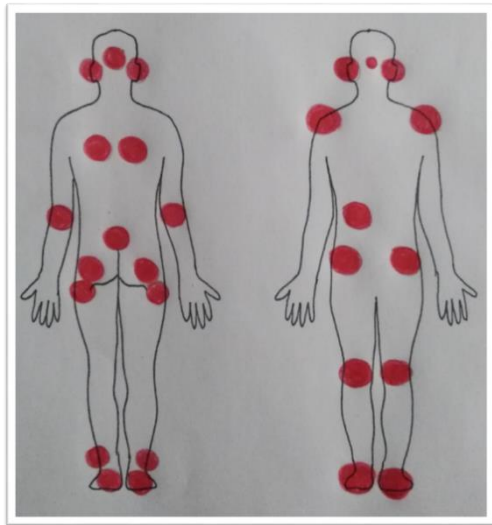
Opinnäytetyö toteutettiin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (myöhemmin EPSHP) Apuvälinekeskuksen kanssa yhteistyössä. Yhteyshenkilöinä toimi Riitta Korkiatupa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Seinäjoen kotihoidon sairaan- ja terveydenhoitajien näkökulmasta painehaavariskin arviointia ja painehaavapatjan tarpeen arviointia Seinäjoen kotihoidon alueilla. Opinnäytetyön tuotoksena tehtiin opaslehtinen kotihoidon henkilöstölle. Tavoitteena oli tuottaa tietoa terveydenhuollon ammattilaisille painehaavojen ennaltaehkäisystä, riskinarvioinnista sekä painehaavapatjan hankinnasta.

2 PAINEHAAVAT JA NIIDEN EHKÄISY

2.1 Painehaavan syntyyn vaikuttavat tekijät

Painehaava syntyy, kun ihoon ja ihonalaiskudokseen kohdistuu painetta, venytystä tai molempia. Sen seurauksena verenkierto heikentyy ja painehaava kehittyy aiheuttaen kudokseen paikallisen vaurion. Kaikilla potilailla on mahdollista saada painehaava, mutta riskiryhmässä ovat vuodepotilaat, vakavasti sairaat sekä neurologisista sairauksista kärsivät potilaat. Liikkumattomuus ja huono ravitsemustila lisäävät painehaavan kehittymisen riskiä. Lisäksi korkea riski on silloin, kun potilas ei pysty istuessaan vaihtamaan asentoa riittävän usein. Painehaavojen syntyä voidaan ehkäistä jokapäiväisessä hoitotyössä. (Payne 4.5.2016; Koivunen ym. 2017, 51–53). Yleisimmin painehaavat tulevat kantapäihin, pakaroihin, lonkkaan ja alaselkään (Kuva 1). (Lumio 2.11.2016.)



Kuva 1. Yleisimmät painehaavojen esiintymispaikat.

Painehaava syntyy alueelle, jossa luu painaa ihoa ja estää sen normaalin verenkierron. Painehaavan syntyyn vaikuttaa erityisesti kudosten puutteellinen verenkierto. (Lumio, 2.11.2016.) Painehaavan syntyyn vaikuttaa lisäksi kitka ja kudosten venyminen. Kitkaa syntyy esimerkiksi siirrettäessä potilasta sängyssä hinaamalla tai vetämällä. Patjan ja ihon välinen kitka hidastaa liikettä ja ihon alainen kudokse venyy, ihon pinnalle tulee hankautumista ja rikkoutumista. Lisäksi ihon kosteus lisää kitkaa, potilaan vaatetus ja patjan materiaali vaikuttavat myös osaltaan kit-

kan määrään. Ihon kosteus pitkään jatkuneena heikentää ihoa suojaavaa pintarakennetta, jolloin painehaavan riski kasvaa. Hikoilu, haavaeritteet sekä virtsan pidätyshäiriö tai virtsankarkailu voivat johtaa haitalliseen ihon kosteuteen. Painehaavariskiä lisääviä tekijöitä ovat myös hiostavat asusteet, patja- tai vuodevaatemateriaalit sekä haavasidokset. Myötävaikuttavia tekijöitä painehaavan syntyyn ovat liikkumattomuus, jonka aiheuttaa akuutti vamma, ihon tuntohäiriö tai sairaus. Ravitsemushäiriö johon liittyy aliravitsemus, ruumiinlämmön lasku erityisesti pitkäkestoisten leikkausten aikana, vanhuus sekä paikalliset kudosolet vaikuttavat myös painehaavan syntyyn. Paikallisiin kudosoletihin merkittävästi vaikuttaa kudosten kimmoisuus, elastisuus sekä riittävä verenkierto. (Juutilainen & Hietanen 2012, 303–304.)

Painehaavojen esiintyvyys vaihtelee potilasryhmittäin. Akuuttipotilaista 13 %:lla, pitkäaikaishoidossa olevilla 16,5 %:lla ja kotihoidossa 2,2–23,9 %:lla (Soppi 2010) potilaista on painehaavoja. Tehostetussa kotihoidossa 22,5 %:lla potilaista on painehaavoja. Tehohoitoon tulevista potilaista 3–5 %:lla on painehaava ja tehohoidon aikana painehaava kehittyy 4–7 %:lle potilaista. Esiintyvyys painehaavoihin perehtyneessä yksikössä on noin 10 %. Suomessa on arvioitu, että vuosittain 55 000–80 000 potilaalla on painehaava. (Soppi 2014, 30–38.)

2.2 Painehaavapotilaan tutkiminen ja painehaavan luokittelu

Painehaavapotilaan taustatiedot selvitetään erityisen tarkasti, jos potilaalla on toistuvasti uusiutuva haava. Potilaalle tehdään yleistutkimus, jossa huomioidaan yleiskunto, ihon kunto ja kosketustunto, liikuntakyky sekä ravitsemustila. Lisäksi selvitetään, kuinka pitkään potilas on liikkumatta maannut paikoillaan ja minkälainen on hänen makuualustansa. Tässä vaiheessa huomioidaan myös taustasairaudet sekä lääkitykset, joilla on merkitystä haavan paranemisen kannalta, esimerkiksi diabetes. Lisäksi potilaan raajoista arvioidaan nivelten liikkuvuus, lihasatrofia ja spastisiteetti. Yleistutkimuksen lisäksi voidaan tehdä sähköinen paineenmittaus, joka kertoo vartalon ja alustan välisen kontaktipaineen sekä sen jakauman. Painehaava arvioidaan silmämääräisesti kiinnittäen huomiota haavan

kokoon, syvyyteen ja haavalla olevan kudoksen tyyppiin. (Juutilainen & Hietanen 2012, 305–306.)

Painehaavat voidaan luokitella syvyyden ja värin mukaan neljään luokkaan. Ensimmäisen asteen painehaavassa iho on ehjä ja iholla on vaalenematonta punoitusta. Väriluokitus on vaaleanpunainen (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2011.) Iholla, jossa pigmentti on tumma, voi painekohdan väri erottua muusta alueesta, jolloin se on merkki ihovauriosta. Alueella voi olla kipua, alue voi olla kiinteä tai pehmeä ja lämpimämpi tai viileämpi kuin muu ympäröivä ihoalue. Ihon vaalenematon punoitus kertoo, että painehaava on jo syntymässä. (Juutilainen & Hietanen 2012, 309.)

Toisen asteen painehaavassa iholla on pinnallinen vaurio. Iho voi kuitenkin olla myös ehjä tai iholla voi olla rikkoutunut rakkula. Väriluokitus on punainen. (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry, 2011.) Haava ei ole katteinen eikä siinä ole mustelmaa. Iholla oleva mustelma saattaa olla merkki siitä, että vaurio kudoksessa on edennyt syvälle. (Juutilainen & Hietanen 2012, 309.)

Kolmannen asteen painehaavassa kudonvaurio läpäisee koko ihon, jolloin ihonalainen rasva voi näkyä. Lihas, jänne tai luu ei ole näkyvissä. Väriluokitus on keltainen. (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry, 2011.) Haava voi olla katteinen mutta haavan syvyys on nähtävissä. Painehaavassa saattaa esiintyä onkaloitumista tai haavataskuja. (Juutilainen & Hietanen 2012, 309.)

Neljännän asteen painehaavassa vaurio on koko ihonalauskudoksessa. Luu, jänne tai lihas on nähtävissä. Haavalla voi olla myös katetta tai nekroosia eli kuollutta kudosta. Vaurion syvyys vaihtelee ja onkaloita saattaa esiintyä. Väriluokitus on musta. (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry, 2011.)

2.3 Painehaavariskin arviointi ja riskimittari

Painehaavariskin arviointeja tehdään, jotta osattaisiin tunnistaa ne potilaat, jotka tarvitsevat toimenpiteitä, joilla ehkäistään painehaavojen syntymisiä. Potilaat, joilla on aiemmin esiintynyt painehaavoja, kuuluvat automaattisesti riskiryhmään. (Koi-vunen ym. 2014, 14–15.)

Painehaavan riski kasvaa liikuntakyvyn rajoituessa tai akuutissa sairastapauksessa hyvin nopeasti. Kahdeksan tunnin kuluessa hoitoon tulosta potilaan painehaavariski tulisi kartoittaa ja ihon kunto tarkastaa. Tulokset kirjataan potilastietojärjestelmään. Potilaalle tehdään kirjattu suunnitelma asentohoidosta ja valitaan oikeanlainen makuualusta. (Soppi 2014, 30–38.) Painehaavariskin arvioimiseksi on kehitetty useita riskimittareita esimerkiksi Braden ja Nortonin riskiluokitusmittari. Mittareita käytetään vain osana painehaavariskin arviointia, eikä mittari pysty täysin ennustamaan potilaan riskiä saada painehaava. Painehaavariskimittareissa yhteisiä riskitekijöitä ovat yleinen terveydentila, ihon tunto ja kudosten venyminen, kosteus sekä kitka, liikuntakyky ja ravitsemus. (Juutilainen & Hietanen 2012, 312–313.)

Bradenin riskiluokitusmittari (Liite 1) on kehitetty vuonna 1988, ja se on todettu kansainvälisissä tutkimuksissa luotettavimmaksi painehaavariskin arviointimittariksi. Barbara Braden sekä Nancy Bergstrom ovat perustaneet vuonna 1998 Prevention plus osakeyhtiön, joka on keskittynyt tutkimaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Braden ja Bergstrom ovat vertailleet Braden, Nortonin ja Waterlow taulukoita keskenään. Vertailussa tultiin siihen tulokseen, että Bradenia on testattu useilla eri tavoilla sekä todettu pätevimmäksi ja luotettavammaksi painehaavan riskiluokitusmittariksi. Braden riskiluokitusmittari on käännetty usealle eri kielelle ja mittari on käytössä ympäri maailman. (Prevention Plus 2016.) Seinäjoen kotihoidossa on käytössä Braden riskiluokitusmittari.

Braden riskimittarin (Taulukko 1, s. 18) avulla hoitajat luokittelevat ja pisteyttävät potilaan painehaavariskejä, joita ovat esimerkiksi fyysinen aktiivisuus, liikkuvuus, venyttävät ja hankaavat voimat, tuntoaisti, ihon kosteus ja ravitsemustila. Fyysisestä aktiivisuudesta ja liikkuvuudesta arvioidaan potilaan liikuntakykyä. Venyttävistä ja hankaavista voimista arvioidaan potilaan omaa aktiviteettia asennon vaihdossa ja liikkumisessa. Tuntoaistissa arvioidaan potilaan omaa reagointia paineesta johtuvaan kipuun ja ärsytykseen. Ihon kosteudessa arvioidaan potilaan ihon altistumista kosteudelle muun muassa siten, kuinka potilas hikoilee ja virtsaa. Potilaan ravitsemuksesta seurataan, kuinka potilas syö ja onko ravinnossa tarpeeksi proteiinia tai käyttääkö potilas nestemäisiä ravintolisiä. Kustakin osiosta pisteitä voi saada yhdestä neljään. Mitä vähemmän pisteitä potilas saa, sitä suurempi riski on

saada painehaava. (MediMattress 2017). Riskiarviointimittarin käytön yhteydessä tulee huomioida potilaan kokonaisvaltainen kliininen arviointi.

Nortonin riskiluokitusmittari on kehitetty vuonna 1962 ja on vanhin käytössä oleva painehaavariskimittari. Riskimittari sisältää viisi osa-aluetta: fyysinen kunto, henkinen tila, toiminta- ja liikuntakyky ja inkontinenssi. Vuonna 1987 Nortonin riskimittarin osa-alueisiin on lisätty ruuan ja juoman saanti sekä yleinen terveydentila. Sitä suurempi riski potilaalla on saada painehaava, mitä pienemmät pisteet Nortonin riskiluokitusmittari antaa. (Juutilainen & Hietanen 2012, 313.)

Painehaavariskin arviointia varten sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä tulisi olla ohje jolla arvioidaan ihon ja kudosten painehaavariskiä. Hoitohenkilökunnalla tulisi olla käytössä painehaavan riskiarviointimittari, ja heidän tulisi saada koulutusta riskiarviointimittarin käyttöön. Painehaavariskimittari tulisi ottaa käyttöön sähköiseen potilastietojärjestelmään. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 6, 26.)

2.4 Painehaavan ennaltaehkäisy ja asentohoidon merkitys

Painehaavat voidaan usein ennaltaehkäistä, jos potilaan painehaavariskitekijät otetaan huomioon tarpeeksi ajoissa. Painehaavojen syntymisen ennaltaehkäisy on inhimillisin ja kustannustehokkain tapa vähentää painehaavoihin liittyviä ongelmia. Painehaavojen ehkäisemiseksi käytettyjä menetelmiä ovat ihon kunnon ja ravitsemustilan arviointi ja hoito, haavariskin arviointi sekä asentohoidon toteutuminen ja erikoisapuvälineiden käyttö. (Juutilainen & Hietanen 2012, 312.)

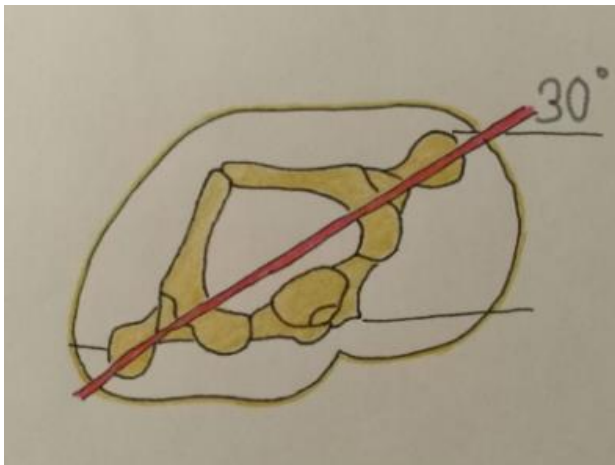
Haava on riski vajaan ravitsemuksen syntymiselle, koska haavaeritteen ja uudiskasvun mukana ihminen menettää tärkeitä ravintoaineita. Parantuakseen haava tarvitsee rakennusaineita, joita ei voi antaa ulkoisesti. Vajaan ravitsemuksen ehkäisy on hoitamista helpompaa, joten vajaan ravitsemusriski tulee tunnistaa ajoissa. (Siljamäki-Ojansuu 2012, 24–25.)

Paineen poistaminen on merkittävin painehaavojen ehkäisykeino. Kudoksiin kohdistuvaa painetta ja venymistä vähennetään asentohoidon, apuvälineiden ja tukipintojen avulla. Tukipintoja ovat esimerkiksi istuinalustat, kevennystyyny, päällyspatjat ja patjat. Painehaavojen ehkäisyn onnistumisen edellytys on hoitohenkilö-

kunnan, potilaan sekä läheisten sitoutuminen apuvälineiden käyttöön. (Juutilainen & Hietanen 2012, 312.)

Asentohoidolla vähennetään kehon helposti vahingoittuviin alueisiin kohdistuvan paineen kestoa ja voimakkuutta. Samalla vaikutetaan potilaan hyvinvointiin, puhtauteen, ihmisarvoon ja toimintakykyyn. Aina asennon muutokset eivät ole mahdollisia potilaan kliinisen tilan takia. Sellaisissa tapauksissa on käytettävä vaihtoehtoisia keinoja, kuten painetta jakavaa korkean riskiluokan patjaa tai sänkyä. Asennonmuutoksen tiheyttä määritettäessä otetaan huomioon potilaan kudosten sietokyky, aktiivisuus ja liikuntakyky, yleinen terveydentila, hoidon tavoitteet sekä ihon kunto ja hyvinvointi. Asentohoidon aikavälit ovat yksilöllisiä, eikä turvallisia aikarajoja ole. Keskimääräinen asennon vaihtamisen suositus on 1–2 tunnin välein. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 22–23; Juutilainen & Hietanen 2012, 319).

Vuodepotilaiden kohdalla tulisi lisääntyneen painehaavariskin takia välttää kohtisuoraa 90 asteen kylkimakuuta. Vuodepotilaan asentoa tuetaan noin 30 asteen kylkiasentoon tyynyjen avulla, jolloin lantion kohdalla oleva paine tasaantuu mahdollisimman laajalle alalle (Kuva 2). (Juutilainen & Hietanen 2012, 319.)



Kuva 2. 30 asteen kulma makuuasennossa.

Vuodepotilaiden puoli-istuva asento voi aiheuttaa kudosten vaurioitumisen riskiä pakaroiden ja ristiluun alueille, kun vartalo valuu vuoteella jalkopäätä kohden. Riskiä voidaan lieventää potilaan istuma-ajan vähentämisellä vain tarpeelliseen. Ke-

hon valumista voidaan estää sillä, että sänkyä taitetaan polvitaiteiden kohdalta. Potilaan puoli-istuva asento aiheuttaa kantapäiden haavautumisen riskiä. Paine kantapäiltä tulisi poistaa aina mahdollisuuksien mukaan. Kantapäiden tulisi olla irti alustasta. Tyyny jolla jalkoja tuetaan tulisi asettaa pohkeiden alle niin, ettei polviin tule ylijännystä tai akillesjänteisiin tule painetta. Tyynyillä ehkäistään raajojen yhteen painautuminen toisiaan vasten. Tyynyjen asettelu tulee tehdä niin, etteivät ne heikennä muiden painetta alentavien apuvälineiden hyötyä (Kuva 3). (Juutilainen & Hietanen 2012, 319.)



Kuva 3. Tyynyillä tuettu makuuasento.

Hoitohenkilökunnan koulutustasolla on merkitystä painehaavan ehkäisyssä. Hoitotyön tutkimussäätiön mukaan sairaanhoitajilla on parempi tieto painehaavojen hoidosta ja ehkäisystä kuin lähihoitajilla. Enemmän tietoa on erityisesti painehaavan riskinarvioinnista ja potilaan ravitsemustilan arvioinnista. Tehokkaammin painehaavojen esiintymistä kuitenkin vähentää riittävä hoitohenkilökunnan määrä kuin koulutustaso. Painehaavan ehkäisyyn vaikuttaa hoitohenkilökunnan tiimityö ja työhön sitoutuminen. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 25.)

2.5 Painehaavapatja osana painehaavan ennaltaehkäisyä ja hoitoa

Painehaavojen ehkäisemiseksi on tärkeää käyttää apuvälineitä kuten painehaavapatjaa. Oikein käytettynä sekä yhdistettynä asentohoitoon painehaavapatjat eh-

käisevät painehaavojen syntymistä. (Lepistö, Vihersaari & Peltonen 2010, 3705–3710.)

Makuualustan valinta

Makuu- ja istuinalustat ovat "painetta jakavia erityisvälineitä, jotka on suunniteltu vähentämään kudoksiin kohdistuvaa kuormitusta ja säätelemään mikroilmastoa. Lisäksi niillä voi olla muita terapeuttisia toimintoja. Tähän kuuluvat patjat, integroidut vuodejärjestelmät, patjan korvaavat järjestelmät, päällysteet, istuintyyny ja istuintyynyn päälliset". Makuu- ja istuinalustat tulisi valita yksilöllisin perustein sen mukaan, millainen on paineen kevennyksen ja muiden terapeuttisten toimintojen tarve. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 28).

Potilaan makuualusta tulee valita yksilöllisesti. Makuualustan valintaan vaikuttavia tekijöitä ovat liikkumattomuuden taso, tarve mikroilmaston säätelyyn ja venytyksen vähentämiseen, potilaan koko ja paino, uusien painehaavojen syntymisen riski ja olemassa olevien painehaavojen määrä, aste ja sijainti. Asentohoitoa tarvitaan kuitenkin paineen lievittämiseksi ja potilaan hyvinvoinnin tukemiseksi, vaikka makuualusta olisi käytössä. Asentohoidon toteuttamisen tiheys voi muuttua makuualustan ansiosta. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 28–29).

Painetta jakavat makuualustat on suunniteltu joko lisäämään alustaa vasten olevan kehon pinta-alaa (vähentämään rajapinnan painetta) tai vuoron perään vaihtelevaan kehon osien kuormitusta ja tällä tavoin vähentämään kuormituksen kestoa kehon eri osissa. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: tiivistelmä suosituksesta, 29).

Kaikille potilaille, joilla arvioidaan olevan painehaavariski, käytetään mieluummin korkealuokkaista vaahtomuovipatjaa kuin tavanomaista vaahtomuovipatjaa. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014, 28–29).

Painehaavapatjojen vaikutus perustuu joko passiiviseen patjan mukautumiseen vartalon muotojen mukaan tai patjan moottoroituun aktiiviseen paineenkevennysjärjestelmään. Painehaavapatjojen ennaltaehkäisevästä vaikutuksesta on jonkin verran tieteellistä näyttöä. Patjan valintaan vaikuttaa henkilön painehaavariskin

lisäksi paino ja pituus. Ruumiinrakenteeltaan erilaiset henkilöt hyötyvät erilaisista patjoista. (Moysidis ym. 2011, 578–584; Juutilainen & Hietanen 2012, 320.)

Passiiviset eli staattiset painehaavapatjat sopivat pienen ja kohtalaisen painehaavariskin potilaille, jotka viettävät suurimman osan ajasta vuoteessa ja pystyvät itsenäisesti vaihtamaan asentoa. Myös ihon tunto tulee olla lähes normaali. Patja muotoutuu kehon lämmön ja painovoiman vaikutuksesta, joka saa paineen jakaantumaan laajemmalle alueelle. Potilaan ollessa paikoillaan kehon pintaan kohdistuva paine on muuttumaton. (Juutilainen & Hietanen 2012, 321.)

Aktiiviset eli dynaamiset painehaavapatjat sopivat suuren tai erittäin suuren painehaavariskin potilaille, jotka eivät itse kykene muuttamaan asentoaan tai joilla on asentorajoituksia. Patjojen sisällä on ilmatäytteisiä kennoja joiden määrä, koko ja ohjausjärjestelmän toiminta riippuvat valmistajista. (Juutilainen & Hietanen 2012, 322.) Aktiivisten painehaavapatjojen toiminta perustuu kennojen ilmatäytteisyyteen ja tyhjentymiseen. Kennon tyhjentyessä paine poistuu tai laskee riskialueelta ja verenkierto palautuu ennalleen. Moottorin avulla ilma kulkee kennosta toiseen tietyssä syklissä. (Iivanainen ym. 2013, 34–35.)

Taulukko 1. Painehaavapatjan luokittelu Braden riskimittarin mukaan.

(Iivanainen ym. 2013, 34).

Patjan tyyppi	Riskiluokka	Braden riskimittarin pisteet
Passiiviset patjat (tavanomainen polyuretaanipatja)	Matala riski → vaarassa saada paine haava	19–23
Passiiviset patjat (korkealuokkainen vaahtomuovi / polyuretaanipatja)	Matala ja keskinkertainen riski → riski saada paine haava on olemassa tai kohtalainen	15–18
Aktiiviset jatkuva-toimiset patjat (vaihtuvapaineiset)	Keskinkertainen ja korkea riski → riski saada paine haava on suuri	10–14
Aktiiviset patjat (potilaan painon, asennon ja ruumiinrakenteen mukaan automaattisesti säätävät patjat)	Korkea ja erittäin korkea riski → riski saada paine haava on suuri tai erittäin suuri	6–9

2.6 Kotihoito ja apuvälineiden järjestämisvastuu

Kotihoito on palvelukokonaisuus, joka koostuu kotipalveluista, tukipalveluista ja sairaanhoitopalveluista. Kotihoidon tavoitteena on turvata asiakkaan kotona asuminen mahdollisimman pitkään. Kunnalla on lakisääteinen järjestämisvastuu, mutta asiakas voi hankkia kotihoitopalveluja omakustanteisesti suoraan yksityiseltä palveluntarjoajalta.

veluntuottajalta. Kotihoidon palveluja voi saada sairauden, vammaisuuden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi. Suurin osa asiakkaista on iäkkäitä, joilla saattaa olla useita terveysongelmia tai pitkäaikaissairauksia. (Ikonen 2013, 15, 18–19.)

Kotona asumisen tueksi on saatavilla paljon apuvälineitä ja kehittyntä teknologiaa kuten liikkumisen apuvälineitä, valvontajärjestelmiä, turvarannekkeita, ovenavausjärjestelmiä ja turvaliesiä. Eri tahot kuten perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, sosiaalitoimi, kunta, vakuutusyhtiöt ja Kansaneläkelaitos vastaavat erilaisten apuvälineiden järjestämisestä. Useilla paikkakunnilla perusterveydenhuollolla ja erikoissairaanhoidolla on yhteisiä alueellisia apuvälinekeskuksia (Ikonen 2015, 123–126, 129.)

Kotona asuvan henkilön apuvälineen tarvetta voi arvioida kotihoito, omainen tai apuvälineen tarvitsija itse. Useissa tapauksissa kotihoito huolehtii hoitovälineiden hankinnasta. Useimmissa tapauksissa apuvälinesuosituksista voi vastata myös lääkäri tai terapeutti. (Salminen 2010, 31.) Seinäjoen alueella oli vuonna 2016 käytössä 18 ei-moottoroitua painehaavapatjaa. Moottoroituja painehaavapatjoja samana vuonna oli käytössä 23. (Ala-Lahti 2017.)

Kotihoidon työntekijä tarkkailee asiakkaan arjen sujumista osana hoitoa. Fyysisen toimintakyvyn muutokset ovat tärkeää huomata ajoissa, sillä oikein ja ajoissa valittu apuväline tukee asiakkaan itsenäistä kotona pärjäämistä. Ennen apuvälineen hankintaa täytyy olla asiakkaalta saatu tietoinen suostumus. (Ikonen 2015, 123–126.)

Perusterveydenhuolto vastaa perustason apuvälinepalveluista sekä luovuttaa lääkinnällisenä kuntoutuksena päivittäisiin toimintoihin kuten liikkumiseen, peseytymiseen, ruokailuun ja siirtymiseen liittyviä apuvälineitä. Erikoissairaanhoido keskittyy hankintahinnaltaan kalliimpiin ja erityistä asiantuntemusta vaativiin apuvälineisiin. Erikoissairaanhoido vastaa esimerkiksi painehaavapatjojen saatavuudesta sekä teknisesti vaativien liikkumiseen tarkoitettujen apuvälineiden kuten sähköpyörätuolin hankinnasta. Lääkinnällisten apuvälineiden saamiseksi edellytetään lääkärin tekemää lausuntoa. (Salminen 2010, 31–32.)

Asetuksessa lääkinnällisestä kuntoutuksesta (1015/1991) säädetään, että lääkinnällisenä kuntoutuksena annettujen apuvälineiden käytön

tarkoituksena on korjata lääkinällisin perustein korjatun sairauden tai vamman aiheuttamaa toiminnanvajavuutta niin, että vajaakuntoinen henkilö selviytyy päivittäisistä toimistaan (Salminen 2010, 31).

Valtakunnallisten lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteiden mukaan painehaavapatja voidaan luovuttaa asiakkaalle toimintakyvyn alentuessa sairauden tai vamman vuoksi. Edellytyksenä patjan luovuttamiselle on, että asiakas ei pysty omatoimisesti vuoteessa vaihtamaan asentoa tai riski painehaavan syntymiseen on kohonnut. Patjan valintaan vaikuttaa se, pyritäänkö painehaavojen ennaltaehkäisyyn vai hoitoon. (Valtakunnalliset lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteet 2016, 19.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Seinäjoen kotihoidon sairaan- ja terveydenhoitajien näkökulmasta painehaavariskin arviointia ja painehaavapatjan tarpeen arviointia Seinäjoen kotihoidon alueilla. Opinnäytetyön tuotoksena tehtiin opaslehtinen kotihoidon henkilöstölle. Tavoitteena oli tuottaa tietoa terveydenhuollon ammattilaisille painehaavojen ennaltaehkäisystä, riskinarvioinnista sekä painehaavapatjan hankinnasta.

Opinnäytetyön tehtävät

- Millä tavalla painehaavariskin tunnistaminen ja painehaavapatjan tarpeen arviointi tapahtuu Seinäjoen kotihoidossa?
- Mitä sisältöjä hoitohenkilökunnalle suunnatun opaslehtisen tulisi sisältää?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisella opinnäytetyöllä tavoitellaan käytännön toiminnan ohjeistamista tai opastamista. Tässä opinnäytetyössä toiminnallisena osuutena oli opaslehtinen. Toiminnallisen opinnäytetyön tulee olla työelämälähtöinen ja käytäntöön sidoksissa. Opinnäytetyötä tehdessä on oltu yhteydessä työelämätahoon (EPSHP Apuvälinekeskus). Työssä tulisi näkyä tutkimuksellinen asenne tiedonhakuun liittyen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9–10.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä ensimmäinen vaihe on aiheenvalinta. Aiheenvalinta tähän opinnäytetyöhön tehtiin marraskuussa 2016. On tärkeää, että aihe motivoi ja on kiinnostava. Aiheenvalinnassa kiinnitettiin huomiota kaikkien tekijöiden mielenkiinnonkohteisiin ja valittiin sellainen aihe, joka kiinnostaa jokaista tekijää. Aiheenvalinnan jälkeen tehtiin toimintasuunnitelma, josta selviää mitä, miten ja miksi tehdään. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tärkeää rajata kohderyhmä, jolle esimerkiksi opas tai ohjeistus tehdään. Tämän työn kohderyhmänä oli Seinäjoen kotihoidon sairaan- ja terveydenhoitajat.

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöksi ei riitä toiminnallisena opinnäytetyönä toteutettu tuote, opas tai muu tuotos. Sen takia on tärkeää käyttää alan teoretietoa valintojen perusteluun. Teoreettiseksi näkökulmaksi voi riittää jokin alan käsite sekä sen määrittely. Tässä työssä on määritelty aiheeseen liittyvät pääkäsitteet. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 23–43.)

Vilkan ja Airaksinen (2003, 65) kirjoittavat kirjassaan, että toiminnallisen opinnäytetyön raportti on teksti, josta tulee käydä ilmi miksi ja mitä on tehty, kuvaus työprosessista sekä tulokset ja johtopäätökset. Raportin lisäksi toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu tuotos, joka on useimmiten kirjallinen. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65.) Opinnäytetyössä toteutettiin sähköinen kysely ja tuotettiin opaslehtinen.

4.2 Tiedonhaku

Opinnäytetyöhön haettiin tietoa seuraavista tietokannoista: Medic, Cinahl, Melinda, SeAMK Finna, Terveysportti ja Aleksi. Haut tehtiin suomen ja englannin kielellä. Englanninkieliset hakusanat käännettiin Terveysportin terminologian tietokannan avulla. Hakusanoina käytettiin seuraavia: painehaava, painehaavapatja, apuväline, ennaltaehkäisy, asentohoito, kotihoito, ravitseminen, arviointi, ohjaus ja opas. Englanninkielisinä hakusanoina käytettiin pressure ulcer, bedsores, decubitus, home care, home nursing, prevention ja decubitus mattress. Sanankatkaisua käytettiin tiedonhakua tehdessä (*). Hakuja tehtiin esimerkiksi käyttämällä painehaav* sanankatkaisua, näin saatiin kattavasti hakutuloksia. Hakuun rajattiin vuodet 2007-2017. Hakuvuosirajauksen ylittävää aineistoa on käytetty, jos uudempaa tietoa aiheesta ei ole ollut saatavilla. Kirjallisuuden tuli käsitellä painehaavaa, painehaavan ennaltaehkäisyä, painehaavapatjaa tai muuta opinnäytetyön aiheeseen liittyvää asiaa suomen tai englannin kielellä.

4.3 Aineiston keruu

Kyselylomakkeella (Liite 2) selvitettiin kotihoidon henkilökunnan roolia painehaavapatjanhankinnassa ja painehaavapatjan tarpeen arvioinnissa. Lisäksi selvitettiin, millaista tietoa kotihoidon sairaan- ja terveydenhoitajat tarvitsevat painehaavoihin ja painehaavapatjaan liittyen (liite 3). Kyselyn avulla saatiin alueellista tietoa painehaavariskin arvioinnista ja painehaavapatjojen hankinnasta. Kyselyä käytettiin lähteenä opaslehtisen toteutuksessa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 64).

Kyselytutkimus on merkittävä tapa hankkia ja tarkastella tietoa. Verkkolomakkeet tutkimuksissa ovat yleistyneet erityisesti viime aikoina. Vastauksien tallentaminen on nopeaa ja helppoa verrattuna paperilomakkeisiin. Kysely toteutettiin sähköisellä Webropol-lomakkeella, jossa oli valmiita vastausvaihtoehtoja sekä avoimia kysymyksiä. Webropol on suomalainen ohjelmisto, jossa kysymykset ovat yhdellä avoimella lomakkeella. Webropolissa vastaaja pystyy vertailemaan vastauksiaan, jolloin edellinen kysymys voi vaikuttaa seuraavaan vastaukseen. (Valli 2015, 53.) Valitsimme kyselyn toteutustavaksi Webropolin, koska se on tekijöiden kannalta

helppo ja siinä pystyy hyödyntämään avoimia kysymyksiä sekä monivalintakysymyksiä. Vastaajan kannalta Webropol-kysely on nopea täyttää ja palauttaa.

Ulkoasultaan verkkokysely rakennettiin monipuoliseksi ja siitä saatiin visuaalisesti miellyttävä. Kyselyä kootessa tulee muistaa kohderyhmä, jolle kysely on suunnattu sekä huomioida heidän näkökulmansa. Kyselyn ulkoasu suunniteltiin selkeäksi ja yksinkertaiseksi. Kysymykset muotoiltiin niin, että niillä saadaan vastaus haluttuihin kysymyksiin. Verkkokyselyn etuna on myös taloudellisuus sekä mahdollisuus rakentaa kysely niin, että vastaaja voi valita vain yhden vastausvaihtoehdon. Jos vastaaja valitsee toisenkin vaihtoehdon, edellinen pyyhkiytyy pois. Tämä helpottaa tutkimuksen analysointia, kun on mahdollista valita vain yksi vastausvaihtoehto. (Valli 2015, 47–50.) Kyselyssä oli sekä avoimia kysymyksiä että monivalintakysymyksiä. Monivalintakysymyksissä oli mahdollista vastata vain yhdellä vastausvaihtoehdolla.

Kysely pidettiin lyhyenä, jotta vastaajien mielenkiinto säilyisi. Rakennettaessa kysymyksiä huomioitiin se, että ne ovat tutkimusongelmien ja tavoitteiden mukaisia. Kysymyslomaketta laadittaessa helpot monivalintakysymykset sijoitettiin lomakkeen alkuun ja viimeiseksi laitettiin avoimet kysymykset. Kysymyksiä laadittaessa vältettiin johdattelevia kysymyksiä. Kyselyn tulisi olla lyhyt ja pitää vastaajan mielenkiinto yllä, jolloin kyselyyn vastanneita saadaan mahdollisimman monta. (Valli 2015, 42–44.)

Saatekirje (Liite 2) on tärkeä osa kyselytutkimuksessa. Siitä selviää tutkimuksen tarkoitus, tutkimuksen tekijät ja mihin tuloksia käytetään. (Vehkalahti 2008, 11,47,48.) Saatekirje suunniteltiin huolellisesti, ja sillä pyrittiin herättämään lukijan kiinnostus aiheeseen. Yleisimmin tutkimusaineistoa kerätään kyselylomakkeella, mutta sitä voidaan kerätä myös havainnoinnin ja haastattelujen kautta. Kyselylomakkeen taustalla on tärkeää olla perusteellinen teoreettinen kirjallisuuskatsaus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 114.)

Kyselyn vastaukset kerättiin kaikkien Seinäjoen kotihoidon alueiden tiimien sairaan- ja terveydenhoitajilta, joten kyselyssä käytettiin kokonaisotantaa. Kokonaisotannassa otetaan tarkasteltavaksi kaikki perusjoukkoon kuuluvat henkilöt. Perus-

joukko tässä kyselytutkimuksessa oli melko pieni, joten kokonaistutkimus oli järkevää tehdä. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 29–30.)

Kysely painehaavapatjan tarpeenarvioinnista ja painehaavariskin tunnistamisesta lähetettiin sähköpostitse Seinäjoen kotihoidon alue-esimiehille. Alue-esimiehiä pyydettiin välittämään kysely oman alueensa sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Alue-esimiehet lähettivät kyselyn yhteensä (N=21) hoitajalle ja vastauksia saatiin yhteensä kaksitoista (n=12), joten vastausprosentti oli 57,1. Psykiatrisen kotihoidon alue-esimies otti yhteyttä ja kertoi, että psykiatrisessa kotihoidossa työskentelevät hoitajat (5) eivät vastaa kyselyyn. Vastaamatta jättäminen perusteltiin sillä, että tämä aihe ei koske heidän tekemäänsä työtä. Kyselyssä ei kysytty vastaajien sukupuolta, ikää tai työkokemusta.

4.4 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikkiin laadullisiin tutkimuksiin. Sisällönanalyysiä kuvataan menettelykeinona, jolla voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti dokumentteja. Tällä analyysimenetelmällä on tarkoitus saada tiivistetty kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysillä saadaan kuitenkin vain kerätty aineisto järjestetyksi johtopäätösten tekemistä varten. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 91–113.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä eli induktiivisessa analyysissä on tarkoitus luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Induktiivinen analyysi jaetaan karkeasti kolmivaiheiseksi prosessiksi 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Sähköisen kyselyn avoimien kysymysten vastaukset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä (Liite 3). Kyselyn avoimista vastauksista etsittiin tutkimustehtävälle olennaiset ilmaukset. Aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia ja alkuperäisilmauksista muodostui pelkistetyt ilmaukset. Pelkistetyistä ilmauksista muodostui ala-, ylä- ja pääluokka. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 91–113.)

Heikkilän (2014, 118) mukaan yksinkertaiset tilastoanalysoinnit voidaan tehdä taulukkolaskentaohjelmalla tai analysoida manuaalisesti paperille. Määrällinen aineis-

to, eli kyselyn monivalintakysymysten sekä vastaajien lukumäärä oli niin pieni, että aineiston analysointiin ei tarvittu taulukkolaskentaohjelmaa. Kyselyn monivalintakysymykset analysoitiin manuaalisesti paperille. Analysoinnin jälkeen tulokset siirrettiin taulukkomuotoon. (Taulukko 2, 3 ja 4, s. 27–30.)

4.5 Opaslehtisen tuottaminen

Opaslehtisen (Liite 4) sisältö koottiin deduktiivista sisällön analyysiä (Tuomi & Sarajärvi 2009) soveltaen keräämällä opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen asioita kyselyn avointen vastausten pääluokkien (ks. Liite 3) alle. Tuotoksena tuleva opaslehtinen perustuu uusimpaan hoitotieteelliseen tutkimustietoon/näyttöön ja sähköisen kyselyn tuloksiin. Kirjallisen ohjeen merkityksestä on olemassa vain vähän kotimaista tutkimustietoa. Saatavana oleva tieto ylittää opinnäytetyön vuosi-rajauksen, mutta sitä on perusteltua käyttää, koska tuoreempaa tutkimustietoa ei ole käytettävissä.

Kirjallinen ohjausmateriaali käsittää erilaiset kirjalliset ohjeet ja oppaat. Kirjalliset ohjeet voivat olla lyhyitä opaslehtisiä, pieniä kirjasia tai oppaita. (Kyngäs ym. 2007, 124.) On tärkeää, että opas on kirjoitettu juuri kohderyhmälle. Teksti opaslehtiseen on kirjoitettu yleiskielisesti ja selkeästi. Opaslehtisen suunnittelussa kiinnitettiin huomiota helppoon luettavuuteen ja tekstin selkeyteen. Opaslehtisen on tarkoitus olla nopea ja miellyttävä käyttää.

Merkittävin ymmärrettävyyteen vaikuttava yksittäinen tekijä on asioiden esittämisen järjestys. Asioiden esittämisen järjestystä valitessa mietittiin, mitä ohjeella halutaan saada aikaan ja missä tilanteessa sitä luetaan. Opaslehtisen sisältö etenee vaiheittain ikään kuin aikajärjestyksessä. Opaslehtinen tehtiin haitarimuotoon, jolloin se on helposti luettavissa ja sitä on helppo kuljettaa mukana. Tekstin otsikolla kerrotaan lukijalle mitä ohje käsittelee. Väliotsikot auttavat hahmottamaan, mistä asioista opas koostuu. Kirjallisessa ohjeessa kappalejako osoittaa mitkä asiat kuuluvat yhteen. (Hyvärinen 2005, 1769–1771.) Torkkolan, Heikkisen & Tiaisen (2002) mukaan asiat tulisi ilmaista lyhyesti ja ytimekkäästi. Kuvat täydentävät tekstiä ja herättävät kiinnostusta. Opaslehtisessä on käytetty tekstin tukena kuvaa tyypillisistä painehaavojen esiintymispaikoista. (Kuva 1.)

Sähköinen opaslehtinen soveltuu käyttöön, koska sitä pystyy tarvittaessa päivittämään ja sen saa tulostettua paperiversioiksi halutessaan. Nummi ja Järvi (2012) esittävät, että internet on kustannustehokas ja turvallinen tapa välittää tietoa. Internetissä tiedostoilla on rajoittamaton käyttöaika ja määrä.

5 TULOKSET

5.1 Painehaavariskin ja painehaavapatjan tarpeen arviointi Seinäjoen kotihoidossa

Kyselyyn vastanneista 75 % oli sitä mieltä, että painehaavariskin arviointi perustuu hoitohenkilökunnan omaan arvioon. Jo käytössä olevaan mittariin perustuen painehaavariskin arvioinnin teki vain kaksi kahdestatoista vastaajasta (16,6 %). Käytössä olevaksi mittariksi oli nimetty Braden asteikko. Yksi (8,3 %) vastaajista oli valinnut vaihtoehdon jokin muu keino, mutta selityksenä oli kuitenkin Braden asteikko. (Taulukko 2)

Taulukko 2. Painehaavariskin arviointi Seinäjoen kotihoidossa.

Mihin asiakkaan painehaavariskin arviointi perustuu Seinäjoen kotihoidossa?	Vastausten lukumäärä / 12 vastaajaa
A.) Hoitohenkilökunnan oma arvio	9
B.) Jo käytössä oleva mittari, mikä? <ul style="list-style-type: none"> • ”Braden asteikko” • ”Pääasiassa hoitohenkilökunnan arvio, joskus ollut käytössä joku ohjelehtinen” 	2
C.) Jonkin muu keino, mikä? <ul style="list-style-type: none"> • ”Braden asteikko” 	1

Painehaavapatjan tarpeenarviointi perustuu kyselyn perusteella enimmäkseen konsultaatioon (58,3 %). Konsultoitavia tahoja on mainittu olevan fysioterapeutti, haavapoliklinikka sekä hoitohenkilökunnan yhteisarvio. Toiseksi merkittävin painehaavapatjan tarpeenarvioinnissa on hoitohenkilökunnan oma arvio (33,3 %).

Braden asteikkoa käytetään harvoin painehaavapatjan tarpeenarvioinnin tekemisessä (8,3 %). (Taulukko 3)

Taulukko 3. Painehaavapatjan tarpeenarviointi Seinäjoen kotihoidossa.

Mihin asiakkaan painehaavapatjan tarpeenarviointi perustuu Seinäjoen kotihoidossa?	Vastausten lukumäärä / 12 vastaajaa
A.) Hoitohenkilökunnan oma arvio	4
B.) Konsultaatio, mistä? <ul style="list-style-type: none"> • <i>"Kotihoidon fysioterapeutin / hoitohenkilökunnan arvio yhteistyössä"</i> • <i>"Kotihoidon fysioterapeutti"</i> • <i>"Usein haavapoliklinikka"</i> 	7
C.) Jo käytössä oleva mittari, mikä? <ul style="list-style-type: none"> • <i>"Braden-mittari, joka täytetään tarvittaessa. Myös hoitohenkilökunnan arvio on tärkeä."</i> 	1

Kyselyssä selvitettiin, kokevatko Seinäjoen kotihoidossa työskentelevät sairaan- ja terveydenhoitajat hyödylliseksi opaslehtisen helpottamaan painehaavariskin tunnistamista sekä painehaavapatjan tarpeen arviointia. Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että opaslehtinen olisi tarpeellinen. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Opaslehtisen hyödyllisyys.

Olisiko painehaavariskin ja painehaavapatjan tarpeellisuuden arvioinnissa helpottava ohjeellinen tarpeellinen Seinäjoen kotihoidon henkilöstölle?	Vastausten lukumäärä / 12 vastaajaa
A.) Kyllä	12
B.) Ei	0

5.2 Seinäjoen kotihoidon sairaan- ja terveydenhoitajien toiveet opaslehtisen sisällöstä

Kyselyssä selvitettiin, mitä opaslehtisen olisi hyvä sisältää kotihoidon sairaan- ja terveydenhoitajien näkökulmasta. Vastaajat toivoivat opaslehtiseen tietoa painehaavojen syistä, synnystä sekä ehkäisystä. Ohjeistusta painehaavapatjan hankintaprosessin aloittamiseksi sekä painehaavariskin arviointiin pidettiin tarpeellisenä. Lisäksi toivottiin ohjeistusta siihen, milloin painehaavapatjan saa ja millaisissa tilanteissa se on hyödyllinen.

Kyselyyn vastanneista Seinäjoen kotihoidon sairaan- ja terveydenhoitajista 83,3 % kokivat, että painehaavapatjan hankinnan toimintaohje ei ole tällä hetkellä selkeä. Kysely osoittaa, että opaslehtinen on hyödyllinen koskien painehaavariskin arviointia ja painehaavapatjan hankintaa. Vastaajista 16,6 % olivat sitä mieltä, että toimintaohje painehaavapatjan hankinnassa on selkeä. Epäselvyyksien syyksi nousivat vähäinen painehaavapatjojen tarve sekä asiaa selvitellessä useat välikädet, joiden kautta asiaa hoidetaan. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Painehaavapatjan hankinnan toimintaohje tällä hetkellä.

Onko painehaavapatjan hankinnan toimintaohje Seinäjoen kotihoidossa tällä hetkellä selkeä?	Vastausten lukumäärä / 12 vastaajaa
A.) Kyllä	2
B.) Ei, miksi?	10

5.3 Painehaavapatjan hankinta ja yhteistyökumppanit

Kyselyssä oli avoin kysymys, joka koski painehaavapatjan hankintaa asiakkaalle tällä hetkellä Seinäjoen kotihoidossa. Suurin osa vastaajista kertoi, että yhteistyötä tehdään fysioterapeutin kanssa ja ollaan yhteydessä apuvälinelainaamoon. Vastauksista tulee ilmi, että osa asiakkaista on hankkinut painehaavapatjan itse.

"Kotihoidon fysioterapeutin kautta tai ainakin häntä konsultoiden."

"Viimeksi kun patja hankittu / tarvittu, toimittu yhdessä fysioterapeutin kanssa. Fysioterapeutti tai hoitaja sitten hakenut patjan apuvälinelainaamosta."

Lopuksi vastaajille annettiin mahdollisuus vapaamuotoisesti tuoda esiin asioita painehaavariskin ja painehaavapatjan tarpeen arvioinnista. Kahdestatoista vastaajasta kaksi (16,6 %) toi esiin omia ajatuksiaan.

"Painehaavapatjoista ollut selkäesti hyötyä painehaavojen hoidossa."

"Omasta mielestäni painehaavapatjoista on puhuttu liian vähän kotihoidossa. Itse kokisin hyväksi ideaksi, että kotihoidossa olisi saatavilla esim. lehtinen, jossa olisi tärkeimmät asiat ylhäällä."

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Seinäjoen kotihoidon sairaan- ja terveydenhoitajien näkökulmasta painehaavariskin arviointia ja painehaavapatjan tarpeen arviointia Seinäjoen kotihoidon alueilla. Opinnäytetyön aineisto kerättiin Seinäjoen kotihoidon henkilökunnalta sähköisen kyselyn avulla. Aiempaa tutkimustietoa haettiin rakentamaan teoreettinen pohja aiheeseen.

Opinnäytetyön tuotoksena tehtiin opaslehtinen kotihoidossa työskentelevälle hoitohenkilökunnalle. Opaslehtinen sisältää yleisimmät painehaavan riskitekijät, painehaavan kehittymiselle alttiit paikat, tietoa ennaltaehkäisystä, Braden riskiluokitussasteikon sekä lyhyen ohjeistuksen sen käyttöön. Lisäksi opas sisältää painehaavapatjan hankintaan tarvittavat yhteystiedot. Opas auttaa kotihoidon henkilökuntaa tekemään painehaavariskin arviointia kotihoidon asiakkaille.

Opaslehtisen avulla haluttiin saada yhtenäiset ja selkeät toimintaohjeet painehaavapatjan hankintaan Seinäjoen kotihoidon alueella. Opaslehtisen voisi myöhemmin ottaa käyttöön koko EPSHP:n alueella. Opinnäytetyön avulla Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Apuvälinekeskus sai tarvitsemansa tiedon painehaavapatjojen käytön tarpeesta ja tarpeen arvioinnista. Ulkopuolista rahoittajaa opinnäytetyön tekemiselle ei ollut.

Tuloksista käy ilmi, että suurin osa kyselyyn vastanneista tekee painehaavariskin arvioinnin perustuen omaan arvioon. Painehaavariskin arviointiin käytössä olevia riskimittareita ei juurikaan ole käytössä. Tuloksista ilmenee, että jos painehaavariskin arvioinnissa on käytetty mittaria niin se on ollut Braden riskimittari. Tarvittaessa hoitajat tekevät yhteistyötä fysioterapeutin, haavapoliklinikan sekä apuvälinelainaanon kanssa. Painehaavojen ehkäisyyn käytettäviä painehaavapatjoja on käytössä Seinäjoen kotihoidon alueella. Sairaan- ja terveydenhoitajat kokivat painehaavapatjojen hyödyllisyyden painehaavojen ehkäisyssä sekä hoidossa. Painehaavapatjan hankinnan toimintaohje koettiin epäselväksi ja siihen toivottiin selkeyttä. Opinnäytetyön tuotoksena tehtiin opaslehtinen helpottamaan kotihoidon

henkilökunnan painehaavariskin tunnistamista ja painehaavapatjan tarpeen arviointia. Kotihoidon sairaan- ja terveydenhoitajat kokivat opaslehtisen tarpeelliseksi. Vastaajat toivoivat opaslehtiseen tietoa painehaavojen synnystä, ehkäisystä ja riskinarvioinnista sekä painehaavapatjan hankinnasta.

Korhosen ym. (2013) tekemästä selvityksestä käy ilmi, että kyselyyn vastanneista Kainuun keskussairaalan sairaanhoitajista yli puolet koki tarvitsevansa lisäkoulutusta painehaavojen ehkäisyssä. Koulutusta tarvittaisiin ensisijaisesti makuualueiden tunnistamisen, valinnan ja käytön sekä painehaavojen ennaltaehkäisyyn kannalta. Suurin osa Kainuun keskussairaalan kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista tunnisti painehaavan syntymiselle altistavat tekijät sekä painehaavariskissä olevat potilaat.

Tuloksista selviää, että Seinäjoen kotihoidon sairaan- ja terveydenhoitajat kaipaavat tietoa opaslehtiseen painehaavan synnystä ja ehkäisystä sekä painehaavariskin arvioinnin tekemisestä. Tuloksista käy ilmi, että painehaavapatjojen tarve on melko vähäinen Seinäjoen kotihoidossa. Tämä ei kuitenkaan vähennä hoitajien painehaavatietouden lisäämisen merkitystä.

Korhonen ym. (2013) ovat tehneet selvityksen Kainuun keskussairaalan sairaanhoitajien painehaavaosaamisesta painehaavan ehkäisyssä. Tämän selvityksen perusteella yli puolet hoitajista tekee painehaavariskin kartoituksen potilaan saapuessa osastolle. Lähes 90 % vastaajista tunnistaa painehaavariskissä olevat potilaat. Ihon kosteus, virtsa ja ulosteinkontinenssi tunnistettiin yhtenä altistavana tekijänä painehaavalle. Suurin osa tietää liikkumattomuuden ja ihon venymisen vaikutukset painehaavan syntyyn. Potilaan alentunut tajunnantaso ja tuntopuutokset tiedettiin olevan mahdollisia altistavia tekijöitä painehaavan synnylle. Yli 90 % arvioi huonon yleiskunnon altistavan painehaavalle mutta vain alle 70 % tiesi korkean iän altistavat vaikutukset. Alipainon, ylipainon, vajaaravitsemuksen ja aiemman painehaavan riskit tiesivät lähes kaikki hoitajat.

Keskussairaalassa johon selvitys tehtiin, ei ole käytössä painehaavariskimittaria. Yli puolet sairaanhoitajista katsoo aiheelliseksi riskimittarin käyttöönoton sekä kokee tarvitsevansa lisäkoulutusta riskimittarin käyttöönotossa. Lisäkoulutus koettiin

tarpeelliseksi myös riskimittarin käyttämisessä ja painehaavan ehkäisyssä. (Korhonen ym. 2013, 30–31.)

6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Yhteistyötä opinnäytetyöprosessin aikana tehtiin EPSHP:n Apuvälinekeskuksen kanssa. Apuvälinekeskukselta pyydettiin toiveita työn toteuttamisen suhteen. Hyvässä tieteellisessä käytännössä on keskeistä tutkimusluvan hankkiminen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012–2014). Tutkimuslupa haettiin Seinäjoen kaupungilta. Tilastotietoja saatiin EPSHP:n Apuvälinekeskukselta. Työn kaikissa vaiheissa huomioitiin tietosuoja ja potilasturvallisuus.

Keskeistä tutkimusetiikassa ja tutkimuksen oikeutuksessa on sen hyödyllisyys. Tutkimusaiheen valinta on tutkijan tekemä ensimmäinen eettinen ratkaisu. Tutkijan tulee miettiä, mikä merkitys aiheella on yhteiskunnalle ja tutkimukseen osallistuville. Tutkimussuunnitelmassa arvioidaan, miten tutkimuksesta saatu tieto voidaan hyödyntää hoitotyön kehittämisessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.)

Teoriatietoa käytettäessä ei kopioitu suoraan lähteen tekstiä. Toisen tutkijan aineiston käyttäminen ilman oikeanlaista lähdemerkintää on kopiointia. (Eriksson 2012, 25). Lähteiden luotettavuutta arvioitiin kriittisesti ennen käyttöä.

Luotettavuutta varmistettiin laatimalla kyselylomakkeet helppolukuisiksi ja selkeiksi. Kyselylomakkeet esiteltiin ennen lähetystä. Kyselylomakkeen yhteyteen laadittiin saatekirje, jossa kerrottiin kyselyn tavoitteista ja tarkoituksesta. (Vehkalahti 2008, 48.) Linkki kyselyyn lähetettiin sähköpostilla Seinäjoen kotihoidon kaikille alue-esimiehille, jotka välittivät linkin oman alueensa sairaan- ja terveydenhoitajille. Ensimmäinen lähetetty linkki ei toiminut, mikä saattoi alentaa vastausprosenttia. Kyselyn linkki muokattiin julkiseksi, jolloin kyselyyn vastaaminen onnistui. Vastauksia saatiin vain kuusi. Kahden muistutussähköpostin lähettämisen jälkeen vastauksia saatiin yhteensä 12. Tulosten analysoinnin jälkeen sähköisen kyselyn linkki suljettiin ja poistettiin.

Tuotoksena valmistunut opaslehtinen perustuu tutkittuun tietoon ja se hyväksytään ennen julkaisua EPSHP:n Apuvälinekeskuksessa. Opaslehtiseen liitettiin Braden riskimittari painehaavariskin arviointiin. Taulukon käyttöön opaslehtisessä saatiin lupa asiakaspalvelupäällikkö Paula Häkkiseltä MediMattress Oy:stä. Opinnäytetyön teoriatiedot koskevat koko maan kotihoitoa ja apuvälineiden hankintaa. Seinäjoen alueelle kohdistuvan kyselytutkimuksen tulokset ovat paikallisia, eivätkä ole siirrettävissä toisten kuntien alueille. Opaslehtinen on siirrettävissä koko EPSHP:n alueelle.

6.3 Opinnäytetyö prosessina

Opinnäytetyön aiheenvalinta tehtiin marraskuussa 2016. Aihelistasta valittiin mielenkiintoa herättävä aihe, joka on ajankohtainen ja näkyy hoitotyön jokaisella osa-alueella. Opinnäytetyöprosessi aloitettiin aihesuunnitelman tekemisellä. Otimme yhteyttä yhteistyötahoon ja suunnittelimme yhdessä opinnäytetyön sisältöä. Opinnäytetyön aihesuunnitelman tekeminen eteni sujuvasti. Aihesuunnitelma esitettiin seminaarissa marraskuun 2016 lopulla. Aihesuunnitelman hyväksymisen jälkeen aloitettiin työstämään opinnäytetyönsuunnitelmaa. Tietoa haettiin eri tietokannoista ja aineistoon perehdyttiin perusteellisemmin. Suunnitelmavaiheessa järjestettiin ryhmäohjausseminaareja, joista saatiin vinkkejä opinnäytetyön ohjaajilta sekä oponoijilta. Suunnitelma valmistui maaliskuussa 2017. Tämän jälkeen haettiin tutkimuslupa Seinäjoen kaupungilta.

Opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen alkoi varsinaisen opinnäytetyön tekeminen. Aineistoon perehdyttiin laajemmin ja tietoa haettiin kohdennetusti. Laadimme kyselylomakkeen, jonka lähetimme sähköisesti Seinäjoen kotihoidolle.

Opinnäytetyöprosessi oli ajallisesti pitkä. Prosessi eteni katkonaisesti, välillä työtä tehtiin tiiviimmin ja välillä oli pidempiä taukoja. Katkonaisuus hankaloitti työn etenemistä. Opinnäytetyötä tehtiin pääasiassa yhdessä. Tarvittaessa työtä jaettiin tasaisesti kaikille tekijöille.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tulosten perusteella kotihoidossa työskentelevät sairaan- ja terveydenhoitajat haluaisivat lisää tietoa painehaavan synnystä, ehkäisystä sekä painehaavariskin arvioinnista.

Opaslehtisen käyttöönoton jälkeen voitaisiin tutkia, onko opaslehtinen otettu käyttöön, onko opaslehtinen koettu tarpeelliseksi ja toimivaksi painehaavan riskin arvioinnissa. Tulevaisuudessa voisi kartoittaa, osaako Seinäjoen kotihoidon henkilökunta käyttää Braden riskiluokitusmittaria ja tehdä sen avulla painehaavariskin arviointia. Lisäksi voitaisiin selvittää, onko henkilökunta saanut tarvittavaa koulutusta painehaava riskimittarin käyttöön.

LÄHTEET

- Ala-Lahti, M. 2017. Kuntoutusohjaaja. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Apuvälinekeskus. Tilastotietoja. [Henkilökohtainen sähköpostiviesti]. [Viitattu 5.4.2017].
- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2012. 4., uudistettu painos. Hoitotiede. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Heikkilä, T. 2014. 9., uudistettu painos. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Edita Publishing Oy.
- Hoitotyön tutkimussäätiö. 2.10.2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä, 25. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 8.12.2016]. Saatavana: <http://www.hotus.fi/system/files/Painehaava%20lopullinen111215.pdf>
- Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. 5., uudistettu painos. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Duodecim. 1769–1771. [Verkkosivu]. [Viitattu 18.4.2017]. Saatavana: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2005/16/duo95167>
- Iivanainen, A., Grek-Stjernberg, P., Kallio, H., Korhonen, A., Korhonen, S. & Pukki, T. 2013. Valitse oikea painehaavapatja. Haava 16 (4), 34–35.
- Ikonen, E-R. 2013. 3., uudistettu painos. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.
- Ikonen, E-R. 2015. 4., uudistettu painos. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.
- Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. 3., uudistettu painos. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Koivunen, M., Luotola, E., Hautaoja, P., Laine, K-M. & Asikainen, P. 2014. Painehaavojen ehkäisy, osaaminen ja koulutustarpeet erikoissairaanhoidossa- piltitutkimus hoitohenkilökunnalle. Tutkiva Hoitotyö 12 (3), 19.
- Koivunen, M., Luotola, E., Hjerpe, A., Kauko, T. & Asikainen, P. 2017. Hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyn osaaminen sekä systemaattisen koulutusintervention merkitys osaamiselle. Hoitotiede 29 (1), 51-53.

- Korhonen, A. Neuvonen, V. Pakkanen, J. & Tossavainen, L. 2013. Selvitys sairaanhoitajien osaamisesta painehaavan ehkäisyssä. *Haava* 4, 30–31.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY.
- Lepistö, M., Peltonen, H. & Vihersaari, J. 2010. Painehaavapatjainvestoinnin kustannushyödyt terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastolla. *Suomen Lääkärilehti*. 45 (65) 3705–3710.
- Lumio, J. 2.11.2016. Painehaavat eli makuuhaavat. *Lääkärikirja Duodecim*. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 21.11.2016]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313
- MediMattress. 2017. Painehaavojen riskikartoitus. [Verkkojulkaisu]. [viitattu 29.12.2017]. Saatavana: http://www.medimattress.fi/images/02_pdf/Braden%208.3.2017.pdf
- Moysidis, T., Niebel, W., Bartsch, K., Maier, I., Lehmann, N., Nonnemacher, M. & Kroeger, K. 2011. Prevention of pressure ulcer: interaction of body characteristics and different mattresses. *International Wound Journal*. 8 (6) 578–584.
- Nummi, V. & Järvi, U. 2012. Hyvä potilasohje on osa toipumista. *Lääkärilehti*. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 10.4.2017]. Saatavana: <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/hyva-potilasohje-on-osa-toipumista/>
- Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. [Verkkojulkaisu]. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia. [Viitattu 2.1.2018]. Saatavana: <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/finnish-guideline-jan2016.pdf>
- Payne, D. 4.5.2016. Strategies to support prevention, identification and management of pressure ulcers in the community. [Verkkojulkaisu]. Community wound care. [Viitattu 2.1.2018]. Saatavana Ebsco tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Prevention Plus. Home of the Braden Scale, 2016. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 4.1.2018]. Saatavana: <http://www.bradenscale.com/index.htm>
- Salminen, A-L. 2010. *Apuvälinekirja*. Kouvola: Solver palvelut Oy.
- Siljamäki-Ojansuu, U. 2012. Ravitsemus ja haavapotilas. *Sairaanhoitaja* 85 (6-7), 24–25.

- Soppi, E. & Ahtiala, M. 2012. Painehaavat, ehkäisy ja hoito. Sairaanhoitaja. 85 (6-7), 63.
- Soppi, E. & Iivanainen, A. 2013. Makuualustan valinnalla kustannushyötyä painehaavariskissä olevalle potilaalle. Haava 16 (4), 12.
- Soppi, E. 2010. Painehaava –esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 21.3.2017]. Saatavana Terveystietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Soppi, E. 2014. Ehkäise painehaavojen syntyminen. Lääkärilehti 69 (46), 30-38.
- Sote- ja maakuntauudistus. [Verkkosivu]. [Viitattu 5.4.2017]. Saatavana: <http://alueuudistus.fi/uudistuksen-yleisesittely>
- Suomen Haavahoitoyhdistys ry, 2011. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 21.11.2016]. Saatavana: www.shhy.fi
- Tekes. 2014. Kotihoito 2020: 10 askeleen ohjelma kotihoitoon, 1. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 23.2.2017]. Saatavana: http://www.kalliopp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kallio/embeds/kallio_wwwstructure/15975_Kotihoito2020_-_10_askeleen_ohjelma_kotihoitoon_loppuraportti.pdf
- Terveystietokeskus ja hyvinvoinninlaitos (THL) 29.6.2016. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2015. [Verkkosivu]. [Viitattu 23.2.2017]. Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130786/Tk08_16.pdf?sequence=1
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012-2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 27.3.2017]. Saatavana: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>
- Valli, R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Valtakunnalliset lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteet. 12/2016. [Verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 30.11.2017]. Saatavana: <http://stm.fi/documents/1271139/4329042/valtakunnalliset-laakinnallisen-kuntoutuksen-apuvälineiden-luovutusperusteet-versio-1.0.pdf/198e66c9-14ca-4b80-8896-898140e68816>
- Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Väli-Suomen Ikäkaste – Äldre-kaste II 2011 – 2013. Palvelutarpeen arviointi. Kanta-Hämeen Pitsi, 1. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 23.2.2017]. Saatavana: http://www.socca.fi/files/4300/Palvelutarpeen_arviointi_-_tyontekijan_avuksi.pdf

LIITTEET

Liite 1. Braden taulukko

Liite 2. Kyselylomake

Liite 3. Aineiston pelkistetyt ilmaukset

Liite 4. Opaslehtinen

LIITE 1 Braden taulukko

Braden painehaava- riskimittari

Braden B, Bergstrom N.
A conceptual schema for the
study of the etiology of pressure
sores. Rehabilitation Nursing
1987;12:8-12.

Bergstrom N, Braden BJ,
Laguzza A, Holman V.
The Braden scale for predicting
pressure sore risk.
Nurs Res 1987; 36:205-210.

Soppi E, Iivanainen A,
Korhonen P.
Concordance of Shape Risk
Scale, a new pressure ulcer risk
tool, with the Braden scale.
Int Wound J 2012, DOI:
10.1111/ijwj.12015; 2014; 11:
611-615,

Soppi E, Iivanainen A.
Painehaavariski ja makuualusto-
jen käyttö. Erikoislaäkäri
2015;25:11-15.

Käännös tarkistettu 2015
Esa Soppi

TPN: täydellinen parenteraalinen
ravitus

Luokittelu/ Pisteet	1	2	3	4
Fyysinen aktiivisuus	Sänkyyn hoidettava potilas	Istumaan kykenevä potilas Kyky kävellä rajoittunut huomatta- vasti tai puuttuu. Ei pysty kannat- tamaan omaa painoaan ja/tai vaa- tii avustusta siirtymisessä tuoliin tai pyörätuoliin.	Kävelee ajoittain Kävelee ajoittain päivän aikana, mutta vain lyhyitä matkoja joko ilman apua tai avustettuna. Viet- tää suurimman osan hoitovuoro- sta sängyssä tai tuolissa.	Kävelee usein Kävelee huoneen ulkopuolella vähintään kahdesti päivässä ja huoneessa kerran kahdessa tunnissa valvellaoloaikana.
Liikkuvuus Kyky muuttaa ja kontrolloida kehon asentoa	Täysin liikkumaton Ei pysty aktiivisesti lainkaan lii- kuttamaan kehoaan tai raajojaan ilman apua.	Hyvin rajoittunut Pystyy ajoittain muuttamaan ke- hon tai raajojen asentoa, mutta on kykenemätön toistuviin tai huomattaviin asentomuutoksiin avustamatta.	Osittain rajoittunut Useita, joskin pieniä raajojen asentomuutoksia ilman avustusta.	Rajoittamaton Huomattavia ja toistuvia asento- muutoksia ilman avustusta.
Venyttävät ja hankaavat voimat	Huomattavia Vaatii huomattavaa tai täydellistä avustusta liikuttamisessa. Nosta- minen ilman liu'uttamista mah- dotonta. Liukuu usein tuolissa tai sängyssä vaatien useasti toistuvaa apua. Spastisiteetti, kontratuurat tai rauhattomuus johtavat lähes jatkuvaan hankaukseen.	Ajoittaisia Liikkuu vapaasti tai vaatii vain minimaalista avustusta. Liikkues- sa keho todennäköisesti hankaa lakanoita ja muita hoitovälineitä vasten. Pystyy pitämään kohtuulli- sen hyvän asennon tuolissa tai sängyssä suurimman osan aikaa, mutta liukuu ajoittain.	Ei esiinny Liikkuu sängyssä tai tuolissa avustamatta ja lihasvoimaa on riittävästi kohottamaan kehon irti alustasta liikkumisen aikana. Ylläpitää hyvä asennon sängyssä tai tuolissa jatkuvasti.	
Tuntoaisti Kyky reagoida tarkoituksenmukaisesti paineesta johtuvaan epämukavuuteen	Puuttuu Ei reagoi (valita, kavahtaa tai ta- kerru) kivuliaaseen ärsykeeseen alentuneesta tajunnan tasosta tai rauhottavasta lääkityksestä joh- tuen TAI rajoittunut kyky tunkea kipua suurimmalta osin kehon pinta- alasta.	Huomattavasti alentunut Reagoi vain kivuliaaseen ärsyke- keeseen. Ei pysty kommunikoi- maan epämukavuutta muuten kuin valittamalla tai rauhatto- muudella TAI on tuntopuutos, joka rajoittaa kivun tai epämukavuuden tuntemusta yli puolelta kehon pinta-alasta.	Jonkin verran alentunut Reagoi puhutteluun, mutta ei voi aina ilmaista epämukavuutta tai tarvetta kääntämiseen TAI on osittainen tuntopuutos, joka rajoittaa kykyä tunkea kipua tai epämukavuutta 1-2 raajassa.	Normaali Reagoi puhutteluun. Ei ole tunto- puutoksia, jotka rajoittavat kykyä tuntea tai ilmaista kipua tai epä- mukavuutta.
Ihon altistuminen kosteudelle	Jatkuvasti kostea Iho pysyy melkein jatkuvasti kos- teana hikoilusta tai virtsasta tms. johtuen. Kosteutta havaitaan aina kun potilasta liikutetaan tai kään- netään.	Usein kostea Iho on usein, mutta ei aina kostea. Lakanat täytyy vaihtaa ainakin kerran hoitovuorossa.	Ajoittain kostea Iho on ajoittain kostea vaatien vuodevaatteiden ylimääräisen vaihdon kerran päivässä.	Harvoin kostea Iho on yleensä kuiva; vuodevaat- teet vaihdetaan tavanomaisin välein.
Ravinnon nauttiminen Tavanomainen ravinnon nauttimismalli	Riittämätön Ei koskaan syö kokonaista katta- usta. Nauttii harvoin korkeintaan kolmasosan tarjotusta ateriasta. Nauttii 2 annosta tai vähemmän proteiinipitoista ruokaa (liha/maito) päivässä. Nauttii nesteitä heikosti. Ei nauti nestemäistä ravintolisää TAI ei nauti mitään suun kautta ja/tai nauttii vain kirkkaita nesteitä tai on TPN > 5 pv.	Todennäköisesti riittämätön Syö harvoin kokonaisen kattauk- sen tai nauttii vain puolet tarjotusta ateriasta. Nauttii vain 3 annosta proteiinipitoista ruokaa (liha/maito) päivässä. Nauttii ajoittain neste- mäistä ravintolisää TAI ei saa optimaalista määrää nesteitä tai letkuruokintaa.	Kohtuullinen Syö yli puolet kustakin ateriasta. Nauttii 4 annosta proteiinipitoista ruokaa (liha/ maito) päivittäin. Kieltäytyy ajoittain ruuasta, mutta nauttii tarjotun ravintolisän TAI on letkuruokinnalla tai TPN -ravitse- muksella, joka todennäköisesti kattaa ravitsemustarpeen.	Hyvä Syö suuren osan jokaisesta ateriasta. Ei koskaan kieltäydy ateriasta. Syö tavallisesti ≥4 annosta lihaa ja maitotuotteita. Joskus nauttii ravintoa aterioiden välillä. Ei tarvitse ravintolisää.

LIITE 2 Saatekirje ja kyselylomake

Hei, opiskelemme Seinäjoen ammattikorkeakoulussa kolmatta vuotta sairaanhoitajiksi. Opintoihin sisältyy opinnäytetyön tekeminen, johon liittyen teemme kyselytutkimuksen Seinäjoen kotihoidon henkilökunnalle. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kotihoidon sairaanhoitajien näkökulmasta painehaavapatjojen hankintaa ja tarpeen arviointia Seinäjoen kotihoidon alueilla. Tavoitteena on tuoda ja hankkia tietoa terveydenhuollon ammattilaisille. Teemme opinnäytetyön yhteistyössä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Apuvälinekeskuksen kanssa. Kohteliaimmin pyydämme teitä vastaamaan lyhyeen kyselyyn. Toivomme, että alue-esimiehet välittäisivät kyselyn tiimivastaaville, joilta toivomme vastauksia kyselyyn. Kyselyyn vastataan oman alueen ja sen hetkisen tilanteen mukaisesti. Linkki sähköiseen kyselylomakkeeseen ohessa.

Kiitos vastauksista & yhteistyöstä opinnäytetyömme edistämiseksi

Terveisin,

Jaana Hakola, Henriikka Hippi ja Sanna Peltokoski

Kysely painehaavariskin ja painehaavapatjojen tarpeen arvioinnista Seinäjoen kotihoidossa

Vastaa kysymyksiin valitsemalla mielestäsi oikea vaihtoehto tai kuvaile sanallisesti toimintatapa, joka kuvaa Seinäjoen kotihoidon käytössä olevia käytänteitä painehaavariskin ja painehaavapatjan tarpeen arvioinnissa.

1. Mihin asiakkaan painehaavariskin arviointi perustuu Seinäjoen kotihoidossa?

- a. hoitohenkilökunnan oma arvio
- b. jo käytössä oleva mittari, mikä? _____
- c. jokin muu keino, mikä? _____

2. Mihin asiakkaan painehaavapatjan tarpeen arviointi perustuu Seinäjoen kotihoidossa?

- a. hoitohenkilökunnan oma arvio
- b. konsultaatio, mistä? _____

c. jo käytössä oleva mittari, mikä? _____

3. Olisiko painehaavariskin ja painehaavapatjan tarpeellisuuden arvioinnissa helpottava ohjelehtinen tarpeellinen Seinäjoen kotihoidon henkilöstölle?

a. Kyllä

b. Ei

4. Jos pidät painehaavariskin ja painehaavapatjan tarpeellisuuden arviointiin liittyvää ohjelehtistä tarpeellisena, niin mitä ohjelehtisen tulisi mielestäsi sisältää?

5. Onko patjan hankinnan toimintaohje Seinäjoen kotihoidossa tällä hetkellä selkeä?

a. kyllä

b. ei, miksi? _____

6. Miten painehaavapatjan hankinta asiakkaalle tapahtuu tällä hetkellä Seinäjoen kotihoidossa?

7. Mitä muuta haluat tuoda esille painehaavariskin ja painehaavapatjan tarpeen arviointiin liittyen?

LIITE 3 Aineiston pelkistetyt ilmaukset

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>"Siinä (ohjelehtisessä) olisi hyvä olla lyhyesti tietoa painehaavojen syistä, synnystä ja ehkäisystä."</p> <p>"Perussyyt painehaavojen syntymiselle ja ehkäisyyn."</p>	<p>Tietoa olisi hyvä olla painehaavojen syistä, synnystä ja ehkäisystä</p> <p>Painehaavojen synty ja ehkäisy</p>	<p>Liikkumattomuus</p> <p>Puutteellinen verenkierto</p>	Painehaavan synty
<p>"Tietoa painehaavoista sekä painehaavapatjoista sekä painehaavojen ennaltaehkäisystä"</p> <p>"Tietoa yleisesti painehaavoista, niihin johtavista syistä kuinka ehkäistä, arvioida painehaavoja ja painehaavapatjan tarpeellisuutta ja mistä saada painehaavapatja"</p>	<p>Painehaavojen ennaltaehkäisy</p> <p>Painehaavaan johtavat syyt, ehkäisy ja painehaavapatja</p>	<p>Asentohoito</p> <p>Makuualustan oikea valinta</p>	Painehaavan ehkäisy
<p>"Painehaavariskiä lisäävät seikat sekä selkeä ohjeistus/porrastus milloin riski on lisääntynyt"</p> <p>"Miten riskiä arvioidaan ja kenen toimesta"</p>	<p>Painehaavariski ja riskitekijät</p> <p>Painehaavariskin arviointi</p>	<p>Painehaavariskin tunnistaminen</p> <p>Painehaavariskin arviointi (esimerkiksi Braden riskimittari)</p>	Painehaavan arviointi

LIITE 4 Opaslehtinen

Painehaava - synty ja riskin tunnistaminen



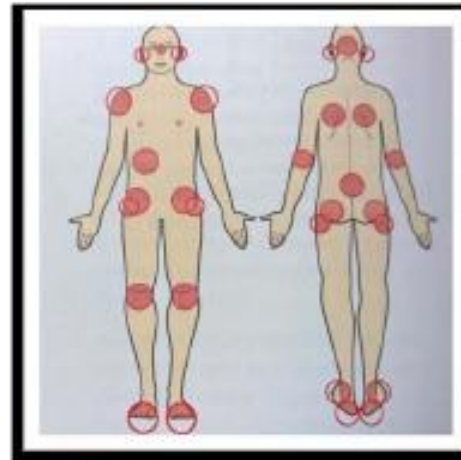
Painehaava

- ihon tai ihokudoksen paikallinen vaurio, jonka aiheuttaa paine, venyntyminen tai hankaus, joko yhdessä tai erikseen

Painehaavan synty

Painehaava syntyy alueelle, jossa luu painaa ihoa ja estää sen normaalin verenkierron.

Kudospaineen pitkittynyt nousu johtaa kapilaarien sulkeutumiseen, joka aiheuttaa kudosiskemian ja palautumattomaan kudosekroosiin 4 – 12 tunnin kuluessa.



Painehaavan kehittymiselle tyypilliset kohdat

- ristiluu
- reisiluu tai istuinkyhmyn alue
- kantapää
- kehräsluun alueet

Painehaavariskin tunnistaminen

- asentohoidon avulla paineen vaikutukset saadaan mahdollisimman vähäisiksi
 - * liikuntakyvytön tuetaan tyynyjen avulla noin 30 asteen kallistukseen, jolloin paine lantion alueella jakaantuu laajemmalle alueelle

Riskitekijät painehaavan synnylle

- tuntoaistin muutos
- ihon kosteus
- aktiivisuuden puute
- liikkumattomuus
- ravitsemus
- kitka ja kudosten venyminen

Braden-taulukon riskipistemäärät

Riski on olemassa	15-18 riskipistettä
Riski on kohtalainen	13-14 riskipistettä
Riski on suuri	10-12 riskipistettä
Riski on erittäin suuri	9 riskipistettä tai sen alle

Mitä pienemmät pisteet taulukosta saa, sitä suurempi riski on saada painehaava.

Mikäli painehaavapatjan tarve ilmenee ota yhteyttä:
Seinäjoen terveyskeskus fysioterapia/
apuvälinepalvelut

Henkilökunnalle 06 425 8841

Asiakasnumero 06 425 8839, ma-pe klo 9-10

Braden painehaava- riskimittari

Braden B, Bergstrom N.
A conceptual schema for the
study of the etiology of pressure
sores. Rehabilitation Nursing
1987;12:8-12.

Bergstrom N, Braden BJ,
Laguzza A, Holman V.
The Braden scale for predicting
pressure sore risk.
Nurs Res 1987; 36:205-210.

Soppi E, Iivanainen A,
Korhonen P.
Concordance of Shape Risk
Scale, a new pressure ulcer risk
tool, with the Braden scale.
Int Wound J 2012, DOI:
10.1111/iwj.12015; 2014; 11:
611-615,

Soppi E, Iivanainen A.
Painehaavariski ja makuualusto-
jen käyttö. Erikoislääkäri
2015;25:11-15.

Käännös tarkistettu 2015
Esa Soppi

TPN: täydellinen parenteraalinen
ravitus

Luokittelu/ Pisteet	1	2	3	4
Fyysinen aktiivisuus	Sänkyyn hoidettava potilas	Istumaan kykenevä potilas Kyky kävellä rajoittunut huomatta- vasti tai puuttuu. Ei pysty kannat- tamaan omaa painoaan ja/tai vaa- tii avustusta siirtymisessä tuoliin tai pyörätuoliin.	Kävelee ajoittain Kävelee ajoittain päivän aikana, mutta vain lyhyitä matkoja joko ilman apua tai avustettuna. Viet- tää suurimman osan hoitovuorost- ta sängyssä tai tuolissa.	Kävelee usein Kävelee huoneen ulkopuolella vähintään kahdesti päivässä ja huoneessa kerran kahdessa tunnissa valvellaoloaikana.
Liikkuvuus Kyky muuttaa ja kontrolloida kehon asentoa	Täysin liikkumaton Ei pysty aktiivisesti lainkaan lii- kuttamaan kehoaan tai raajojaan ilman apua.	Hyvin rajoittunut Pystyy ajoittain muuttamaan ke- hon tai raajojen asentoa, mutta on kykenemätön toistuviin tai huomattaviin asentomuutoksiin avustamatta.	Osittain rajoittunut Useita, joskin pieniä raajojen asentomuutoksia ilman avustusta.	Rajoittamaton Huomattavia ja toistuvia asento- muutoksia ilman avustusta.
Venyttävät ja hankaavat voimat	Huomattavia Vaatii huomattavaa tai täydellistä avustusta liikuttamisessa. Nosta- minen ilman liu'uttamista mah- dotonta. Liukuu usein tuolissa tai sängyssä vaatien useasti toistuvaa apua. Spastisiteetti, kontratuurat tai rauhattomuus johtavat lähes jatkuvaan hankaukseen.	Ajoittaisia Liikkuu vapaasti tai vaatii vain minimaalista avustusta. Liikkues- sa keho todennäköisesti hankaa lakanoida ja muita hoitovälineitä vasten. Pystyy pitämään kohtuulli- sen hyvän asennon tuolissa tai sängyssä suurimman osan aikaa, mutta liukuu ajoittain.	Ei esiinny Liikkuu sängyssä tai tuolissa avustamatta ja lihasvoimaa on riittävästi kohottamaan kehon irti alustasta liikkumisen aikana. Ylläpitää hyvä asennon sängyssä tai tuolissa jatkuvasti.	
Tuntoaisti Kyky reagoida tarkoituksenmukaisesti paineesta johtuvaan epämukavuuteen	Puuttuu Ei reagoi (valita, kavahtaa tai ta- kerru) kivuliaaseen ärsykkeeseen alentuneesta tajunnan tasosta tai rauhottavasta lääkityksestä joh- tuen TAI rajoittunut kyky tuntea kipua suurimmalta osin kehon pinta- alasta.	Huomattavasti alentunut Reagoi vain kivuliaaseen ärsyke- keeseen. Ei pysty kommunikoi- maan epämukavuutta muuten kuin valittamalla tai rauhatto- muudella TAI on tuntomuutos, joka rajoittaa kivun tai epämukavuuden tuntemusta yli puolelta kehon pinta-alasta.	Jonkin verran alentunut Reagoi puhutteluun, mutta ei voi aina ilmaista epämukavuutta tai tarvetta kääntämiseen TAI on osittainen tuntomuutos, joka rajoittaa kykyä tuntea kipua tai epämukavuutta 1-2 raajassa.	Normaali Reagoi puhutteluun. Ei ole tunto- puutoksia, jotka rajoittavat kykyä tuntea tai ilmaista kipua tai epä- mukavuutta.
Ihon altistuminen kosteudelle	Jatkuvasti kostea Iho pysyy melkein jatkuvasti kos- teana hikoilusta tai virtsasta tms. johtuen. Kosteutta havaitaan aina kun potilasta liikutetaan tai kään- netään.	Usein kostea Iho on usein, mutta ei aina kostea. Lakanat täytyy vaihtaa ainakin kerran hoitovuorossa.	Ajoittain kostea Iho on ajoittain kostea vaatiessa vuodevaatteiden ylimääräisen vaihdon kerran päivässä.	Harvoin kostea Iho on yleensä kuiva; vuodevaat- teet vaihdetaan tavanomaisin välein.
Ravinnon nauttiminen Tavanomainen ravinnon nauttimismalli	Riittämätön Ei koskaan syö kokonaista katta- usta. Nauttii harvoin korkeintaan kolmasosan tarjotusta aterialta. Nauttii 2 annosta tai vähemmän proteiinipitoista ruokaa (liha/maito) päivässä. Nauttii nesteitä heikosti. Ei nauti nestemäistä ravintolisää TAI ei nauti mitään suun kautta ja/tai nauttii vain kirkkaita nesteitä tai on TPN > 5 pv.	Todennäköisesti riittämätön Syö harvoin kokonaisen kattauk- sen tai nauttii vain puolet tarjotusta aterialta. Nauttii vain 3 annosta proteiinipitoista ruokaa (liha/maito) päivässä. Nauttii ajoittain neste- mäistä ravintolisää TAI ei saa optimaalista määrää nesteitä tai letkuruokintaa.	Kohtuullinen Syö yli puolet kustakin aterialta. Nauttii 4 annosta proteiinipitoista ruokaa (liha/ maito) päivittäin. Kieltäytyy ajoittain ruuasta, mutta nauttii tarjotun ravintolisän TAI on letkuruokinnalla tai TPN -ravitse- muksella, joka todennäköisesti kattaa ravitsemustarpeen.	Hyvä Syö suuren osan jokaisesta aterialta. Ei koskaan kieltäydy aterialta. Syö tavallisesti ≥4 annosta lihaa ja maitotuotteita. Joskus nauttii ravintoa aterioiden välillä. Ei tarvitse ravintolisää.